MUNI
MED

ŽÁDOST O MIMOŘÁDNÉ STUDIUM

Jméno a příjmení	
Datum narození	
UČO	
Adresa žadatele	
E-mail	
Telefon	
Číslo jednací *	
Převzato dne *	

Žádám o mimořádné studium maximálně dvou teoretických předmětů 1. nebo 2. ročníku (uveďte):

……..…

……..

Prohlašuji, že v akademickém roce ……, kdy podávám žádost o mimořádné studium předmětů, nejsem aktivním studentem souvisejícího studijního programu, ani nemám studium v daném studijním programu přerušené.

Přiloženy jsou tyto dokumenty: …….

…..…….. ……..…

Datum Podpis studenta

……..

Rozhodnutí proděkana

Masarykova univerzita, Lékařská fakulty
Kamenice 753/5, 625 00 Brno, Česká republika
E: studijni@med.muni.cz, www.med.muni.cz
Bankovní spojení: KB Brno-město, ČÚ: 85636621/0100, IČ: 00216224, DIČ: CZ00216224

POZN: * vyplní studijní oddělení